

HANNA ZAWISTOWSKA
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Prawne aspekty funkcjonowania turystyki medycznej

Abstract

Legal Aspects of Medical Tourism

In the article the author presented the results of the survey, conducted in the years 2015–2016, aimed at identifying legal barriers hindering the development of medical tourism.

The results of the study confirms the thesis that in areas related to the organisation and functioning of medical tourism, the lack or maladjustment of legal provisions to the specifics of this form of tourism becomes a barrier to its further development. Therefore, the author agrees with the opinion that there is a need to build a legal environment favourable to the development of medical tourism.

In this article the term “medical tourism” is used to describe the travels outside the place of permanent residence covered by the health and tourism legal system and the main purpose of these travels is to use medical services combined with the use of tourist services. This “medical tourism” has caused the appearance on the tourism market new types of tourist services, entrepreneurs, professionals and facilities. Not including the specifics of the above mentioned entities in legal regulations is a barrier in their development.

The fact that the essence of medical tourism are journeys to another countries in order to use medical and tourism services creates problems with determining what court and legal system should be used to settle disputes related to these travels. As showed making that determination is a quite complicated task.

Legal regulations related to the financing of medical services are important for the functioning and development of medical tourism. In the European Union this issue has been regulated by the so-called “Patients Without Borders” directive. It has harmonised the rules for providing and facilitating access to information, medical records, complaints, access to medi-

cal services and their costs, and reimbursement of cross-border healthcare costs. Thus, it has contributed to the removal of many legal barriers to the development of medical tourism in the EU Member States. Its implementation in Poland has created favourable conditions for the development of medical tourism.

Keywords: medical tourism, legal regulations regarding medical tourism, legal barriers, harmonization of legislation

Słowa kluczowe: turystyka medyczna, regulacje prawne dotyczące turystyki medycznej, bariery prawne, harmonizacja przepisów prawnych

1. Wstęp

Jednym z ogólnoświatowych trendów rozwoju turystyki jest turystyka medyczna wchodząca w skład turystyki zdrowotnej¹. Zarówno na świecie, jak i w Polsce obserwuje się systematyczny wzrost liczby podróży w celu skorzystania z usług medycznych, połączonych z korzystaniem z oferty turystycznej dostępnej w miejscu docelowym.

Turystyka zdrowotna, a w jej ramach medyczna, nie jest zjawiskiem nowym. Jej pierwowzorem były „wyjazdy do wód w celu poprawy zdrowia”, popularne w XIX w. wśród zamożnych warstw społeczeństwa. Wzrost zamożności społeczeństwa oraz zmiana preferencji i oczekiwań turystów z jednej strony a z drugiej rozwój środków transportu i zmiany na rynku usług medycznych stworzyły warunki do stopniowego przekształcania się w XXI w. turystyki medycznej w zjawisko masowe. Systematycznie rosnąca liczba podróży, których istotą jest łączenie leczenia, rehabilitacji i wypoczynku², powodowała wzrost gospodarczego i społecznego znaczenia tych wyjazdów, a w konsekwencji zainteresowanie się państw ich dalszym rozwojem. Tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi turystyki medycznej wymaga m.in. usunięcia barier – w tym barier prawnych – hamujących ten rozwój.

Znaczenie otoczenia prawnego dla rozwoju turystyki medycznej skłoniło mnie do podjęcia badań, których głównym celem jest ustalenie istnienia lub braku barier prawnych hamujących rozwój tej formy turystyki. W artykule przedstawiono wyniki pierwszego etapu tych badań – prowadzonego w latach 2015–2016 – którego celem była identyfikacja głównych grup problemów prawnych związanych z funkcjonowaniem turystyki medycznej.

Dla realizacji powyższego celu:

- podjęto próbę ustalenia istnienia lub braku prawnych definicji pojęć dotyczących turystyki medycznej;

¹ J. Biernacka, *Znaczenie polskiej turystyki medycznej i jej pozycja na światowym rynku turystyki medycznej*, „Współczesne Problemy Ekonomiczne” 2015, nr 10, s. 47.

² Por. M. Prochorowicz, *Turystyka medyczna nową perspektywą dla polskich placówek służby zdrowia* [w:] *Turystyka i rekreacja szansą rozwoju aktywności społecznej*, red. R. Grzywacz, Rzeszów 2008, s. 133.

- dokonano przeglądu literatury przedmiotu oraz materiałów źródłowych poświęconych zagadnieniom prawnym turystyki medycznej;
- zidentyfikowano podstawowe grupy problemów prawnych funkcjonowania turystyki medycznej.

Podstawowym źródłem informacji były akty prawne – krajowe, UE i międzynarodowe, a także literatura przedmiotu, strony internetowe jednostek i instytucji zaangażowanych w organizację i obsługę turystyki medycznej, dokumenty źródłowe krajowych, unijnych i międzynarodowych organów i organizacji, obejmujących zakresem swego działania sprawę turystyki medycznej, a także orzecznictwo sądowe.

Podstawową metodą badawczą były analizy wyżej wymienionych źródeł informacji.

2. Wyjaśnienie podstawowych pojęć

Adrian P. Lubowiecki-Vikuk³ zwraca uwagę, że w literaturze przedmiotu – zarówno obcojęzycznej, jak i polskiej – brak jest jednej, powszechnie stosowanej definicji terminu „turystyka medyczna”. Niekiedy nazwa ta jest stosowana jako synonim turystyki zdrowotnej, spa, wellness i turystyki uzdrowiskowej. Dominuje jednak pogląd, że termin „turystyka medyczna” ma węższy zakres niż „turystyka zdrowotna”, w skład której obok turystyki medycznej wchodzi również inne jej formy, takie jak turystyka uzdrowiskowa czy spa i wellness⁴.

Do podobnych wniosków prowadzi analiza aktów prawnych. Brak odrębnych regulacji prawnych poświęconych w całości problemom turystyki medycznej pociąga za sobą brak prawnej definicji tego pojęcia (definicji legalnej), a także związanych z nią takich terminów jak: „usługi turystyki medycznej” czy „turysta medyczny”. Nie ma również klasyfikacji i definicji podmiotów zajmujących się organizacją i obsługą tej formy turystyki.

Definicję pojęcia „turystyka zdrowotna” można spotkać w opracowaniach poświęconych zagadnieniom ekonomicznym. Ich analiza prowadzi do wniosku, że z reguły nie zwraca się w nich uwagi na prawne aspekty tego zjawiska. Do nielicznych definicji, w których zostały one uwzględnione, należy zaliczyć definicję Percivila M. Carrery i Johna F.P. Bridgesa, według których turystyka medyczna polega „na organizacji podróży poza obszar objęty określonym systemem regulacji z zakresu ochrony zdrowia w celu wzmocnienia lub odnowy zdrowia przy pomocy interwencji medycznej”⁵. Z powyższej definicji wynika, że z turystyką medyczną mamy do czynienia tylko wtedy, kiedy miejsce docelowe wyjazdu nie jest objęte regulacjami prawnymi obowiązującymi

³ A.P. Lubowiecki-Vikuk, *Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2012, nr 84, s. 553–568.

⁴ <https://turystyka-medyczna.com/2013/01/10/pojecie-turystyki-medycznej/> (dostęp: 14.11.2016).

⁵ P.M. Carrera, J.F.P. Bridges, *Globalization and Healthcare: Understanding Health and Medical Tourism*, „Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research” 2006, vol. 6, no. 4, s. 447–454.

w miejscu stałego zamieszkania turysty. Taka sytuacja występuje wtedy, kiedy turysta udaje się do innego państwa. Przytoczona definicja wyłącza z zakresu turystyki medycznej wyjazdy krajowe i zagraniczne, których celem nie jest „wzmocnienie lub odnowa zdrowia przy pomocy interwencji medycznej” (tj. wyjazdy turystyczne, w czasie których zaszła konieczność skorzystania przez turystę z pomocy medycznej na skutek wypadku lub nagłego zachorowania, ale celem wyjazdu nie było skorzystanie z usług medycznych). Argumentem przemawiającym za słusznością takiego ujęcia jest fakt, że wyjazdy do innego państwa stwarzają dodatkowe problemy natury prawnej, które nie występują w przypadku, gdy miejsce stałego pobytu turysty i miejsce świadczenia usług medycznych są objęte tymi samymi regulacjami prawnymi.

Reasumując, termin „turystyka medyczna” będzie używany w niniejszym artykule do określenia wyjazdów poza obszar objęty systemem regulacji z zakresu ochrony zdrowia i turystyki obowiązujący w miejscu stałego popytu turystów; głównym celem tych wyjazdów jest skorzystanie z usług medycznych połączone z korzystaniem z usług turystycznych. Przyjęcie powyższej definicji uzasadnia uznanie, iż turystą medycznym jest osoba, dla której zabieg medyczny jest głównym celem wyjazdu, korzystająca jednocześnie z usług turystycznych. Osoba taka ma status pacjenta i turysty zarazem. Nie jest nim jednak turysta, który na skutek choroby czy wypadku, które zdarzyły się w czasie wyjazdu turystycznego, musiał skorzystać z pomocy medycznej.

Wyodrębnianie się i rozwój turystyki medycznej pociągnęły za sobą pojawienie się na rynku nowej grupy usług (o charakterze pakietowym, określanym terminem „usługi turystyki medycznej”), przedsiębiorców (organizatorzy turystyki medycznej, agencje pośredniczące), zawodów (pilot wycieczek medycznych) i obiektów (hotel medyczny, meditel). W literaturze przedmiotu⁶ terminem „usługa turystyki medycznej” określa się pakiet składający się z dwóch odrębnych rodzajów usług: turystycznych (transport, zakwaterowanie, wyżywienie, ew. inne) i medycznych (zabiegi, kuracje itp.). Terminy „organizator turystyki medycznej” i „agent pośredniczący” używane są natomiast do określania przedsiębiorców oferujących „usługi turystyki medycznej” lub pośredniczących w organizacji wyjazdów medycznych. Rozwój turystyki medycznej spowodował także pojawienie się zapotrzebowania na nowy zawód - „pilota wycieczek medycznych”, zajmującego się obsługą turystów medycznych⁷. Jego wykonywanie wymaga posiadania wiedzy i umiejętności zarówno z zakresu turystyki, jak i medycyny. Specyficzne potrzeby turystów medycznych związane z zakwaterowaniem w obiektach świadczących usługi hotelarskie stały się natomiast bodźcem do pojawienia się na rynku nowych typów obiektów zakwaterowania, takich jak hotel medyczny. Są to obiekty przystosowane do kwaterowania turystów medycznych, posiadające wszelkie cechy hotelu (a nawet hotelu wellness), które zatrudniają do obsługi turystów wykwalifikowaną kadrę medyczną. Umożliwia to zapewnienie osobom po zabiegach medycznych maksymalnego komfortu pobytu połączonego z opieką z wykwalifikowanego personelu medycznego.

⁶ A.P. Lubowiecki-Vikuk, *Turystyka...*, s. 562 i n.

⁷ A.P. Lubowiecki-Vikuk, *Wybrane aspekty funkcjonowania rynku turystyki medycznej w Polsce* „Folia Turistica” 2015, nr 34, s. 85 i n.

Reasumując, rozwój turystyki medycznej, której istotą jest połączenie trzech elementów: leczenia, rehabilitacji i wypoczynku, pociągnął za sobą pojawienie się nowych typów usług, przedsiębiorców, zawodów i obiektów, tworząc tym samym przesłanki do wyodrębnienia się nowej branży turystycznej – turystyki medycznej. Widoczna stała się potrzeba zidentyfikowania przepisów prawnych regulujących tworzenie i funkcjonowanie tych podmiotów, a w dalszej kolejności dokonania ich oceny pod kątem stymulowania lub hamowania rozwoju rynku turystyki medycznej.

3. Przegląd literatury

Przegląd literatury przedmiotu prowadzi do wniosku, że niewiele jest opracowań podejmujących próbę identyfikacji podstawowych grup regulacji prawnych mających istotne znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju turystyki medycznej. Najczęściej można spotkać opracowania koncentrujące się na analizie przepisów dotyczących poszczególnych kwestii.

Przykładem pozycji zawierającej analizę prawnych i etycznych problemów generowanych przez turystykę medyczną jest monografia Glenna Cohena *Patients with Passports: Medical Tourism, Law, and Ethics*⁸. Ze względu na unikatowość tego opracowania warto przybliżyć jego strukturę i zawartość. Pozwoli ono na ustalenie aspektów prawnych uznanych przez autora za kluczowe. Poza wstępem i rozdziałem 1 – wprowadzającym w problematykę turystyki medycznej (rodzaje turystyki medycznej, podmioty uczestniczące w jej organizacji i obsłudze) – pozostała treść została podzielona na dwie części. Kryterium podziału stanowiła kwestia dopuszczalności lub jej braku poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych. Stosując to kryterium, wprowadzono podział na usługi medyczne dopuszczalne oraz usługi medyczne zabronione w kraju pochodzenia turysty medycznego.

Część pierwsza, zatytułowana „Usługi medyczne legalne w kraju pochodzenia turysty”, obejmuje rozdziały 2–6 poświęcone omówieniu takich zagadnień, jak: potrzeba dostarczenia klientom zainteresowanym poddaniem się zabiegowi medycznemu za granicą informacji o jakości i zakresie usług medycznych oferowanych przez poszczególne placówki medyczne i związanym z nimi ryzyku (wystąpienia komplikacji na skutek niewłaściwie wykonanego zabiegu; zarażenia się bakteriami odpornymi na antybiotyki); problemy z dostępem do dokumentacji medycznej (ciągłość dokumentacji); warunki dokonywania przez pacjentów racjonalnych wyborów, a także problemy z ujawnieniem informacji na temat stanu zdrowia pacjenta (prawna ochrona informacji). Następnie omówiono problematykę odpowiedzialności za szkody powstałe na skutek trwałych urazów; wysokości uzyskiwanego odszkodowania (z reguły niższego niż odszkodowania uzyskiwane z tego tytułu w kraju pochodzenia); dochodzenia roszczeń (problem wyboru prawa); a także odpowiedzialności podmiotów zaangażowanych

⁸ G. Cohen, *Patients with Passports: Medical Tourism, Law, and Ethics*, Oxford 2015.

w realizację wyjazdów medycznych (organizatorów wyjazdów, lekarzy w kraju pochodzenia turysty za działania i zaniechania przed wyjazdem za granicę; odpowiedzialność za opiekę medyczną po zabiegu). W kolejnych rozdziałach znajdują się rozważania na temat możliwości finansowania zabiegów medycznych za granicą ze środków ubezpieczenia społecznego (regulacje UE) i prywatnego. Odniesiono się również do prawnych i etycznych dylematów występujących w regionach, do których udają się turyści (czy turystyka medyczna powoduje poprawę czy pogorszenie dostępu stałych mieszkańców do usług medycznych), a także ich wpływu na standard usług medycznych.

Część druga, zawierająca rozdziały 7–10, nosząca tytuł „Turystyka medyczna umożliwiającą dostęp do usług, które w kraju pochodzenia turysty są zabronione”, zawiera rozważania na temat prawnych i etycznych aspektów transplantacji organów (w tym m.in. kwestię kupna organów do transplantacji). W kolejnym rozdziale omówiono prawne i etyczne aspekty aborcji i eutanazji. Analizą objęto w szczególności kwestie możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności w kraju pochodzenia turysty lekarzy dokonujących takich zabiegów oraz osób towarzyszącym turystom udającym się do krajów, w których takie zabiegi są legalne. W kolejnych rozdziałach znajdują się rozważania na temat turystyki medycznej związanej z „poczęciem” życia (zapłodnienie in vitro, matki zastępcze) oraz terapii eksperymentalnych, a w szczególności terapii z wykorzystaniem komórek macierzystych.

Przetawiona – z konieczności w sposób ogólny i uproszczony – charakterystyka wyżej wskazanego opracowania uzasadnia wyciągnięcie wniosku, iż turystyka medyczna rodzi problemy wchodzące w zakres różnych gałęzi i dziedzin prawa, a w szczególności prawa międzynarodowego publicznego i prywatnego, cywilnego, karnego, administracyjnego, ubezpieczeniowego, a także takich dziedzin, jak prawo gospodarcze, turystyczne i medyczne.

Analiza polskiej literatury przedmiotu wykazała, iż najliczniejszą grupą publikacji w całości poświęconych problemom prawnym turystyki medycznej są opracowania na temat dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁹ i problemów związanych z jej wdrożeniem do prawa polskiego. Przykładem są publikacje Wiesława Koczura¹⁰, Anny Mokrzyckiej¹¹ czy Marcina Kielbasy¹² czy Urszuli Religioni¹³. Brak natomiast kompleksowych opracowań dotyczących innych

⁹ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. UE, L 88/45 z 4 kwietnia 2012 r.).

¹⁰ W. Koczur, *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – wybrane zagadnienia*, http://www.ue.katowice.pl/fileadmin/_migrated/content_uploads/14_W.Koczur_Transgraniczna_opieka_zdrowotna....pdf (dostęp: 14.11.2016).

¹¹ A. Mokrzycka, I. Kowalska, K. Badora-Musiał, M. Rogala, *Skutki dyrektywy o stosowaniu praw pacjenta w opiece transgranicznej w zakresie uprawnień pacjentów, zobowiązań świadczeniodawców oraz w sferze organizacji, koordynacji i finansowania świadczeń*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2014, nr 3 (12), s. 284 i n.

¹² M. Kielbasa, *Świadczenia opieki pozaszpitalnej w dyrektywie 2011/24/UE oraz jej wdrożenie do prawa polskiego – krok wstecz dla pacjentów*, „Unia Europejska.pl” 2013, nr 4 (221).

¹³ U. Religioni, *Rynek turystyki medycznej w aspekcie regulacji prawnych*, „Hygeia Public Health” 2014, t. 49, nr 4, s. 742 i n.

zidentyfikowanych aspektów prawnych turystyki medycznej, dotyczących takich kwestii jak: zgoda pacjenta na przeprowadzenie zabiegu, dostęp do dokumentacji medycznej, odpowiedzialność za błędy medyczne, charakter, forma i treść umów o świadczenie usług turystyki medycznej. To potwierdza słuszność wniosku o istnieniu luki badawczej w tym obszarze i potrzebie jej uzupełnienia.

Na zakończenie warto dodać, że w opracowaniach poświęconych analizie ekonomicznych i społecznych aspektów funkcjonowania turystyki medycznej dostrzega się fakt, że rodzi ona specyficzne problemy prawne. Przykładem są publikacje Adriana P. Lubowieckiego-Vikuka¹⁴, Ewy Borek¹⁵ czy Anny Bialk-Wolf¹⁶.

Reasumując, w literaturze przedmiotu dostrzega się znaczenie regulacji prawnych dla funkcjonowania i rozwoju turystyki medycznej. Wskazuje się główne obszary regulacji. Brak lub niedostosowanie regulacji prawnych do potrzeb turystyki medycznej uznawany jest za barierę jej rozwoju, dlatego wysuwane są postulaty „budowania otoczenia prawnego sprzyjającego rozwojowi turystyki medycznej”.

4. Identyfikacja głównych aspektów prawnych turystyki medycznej

4.1. Główne grupy interesariuszy

Identyfikacja głównych aspektów prawnych turystyki medycznej wymaga w pierwszej kolejności określenia podstawowych grup podmiotów w niej uczestniczących. Zachodzące między nimi relacje pozwolą na wyodrębnienie poszczególnych typów stosunków prawnych występujących w turystyce medycznej.

Z przyjętej definicji turystyki medycznej wynika, że można wyodrębnić następujące grupy podmiotów:

- turyści medyczni (turysta pacjent), którymi są osoby zgłaszające popyt na usługi turystyki medycznej;
- podmioty świadczące usługi turystyczne i medyczne;
- inne podmioty, a w szczególności jednostki zajmujące się finansowaniem usług medycznych w ramach ubezpieczenia (społecznego, indywidualnego), a także administracja rządowa i samorządowa oraz samorząd gospodarczy i zawodowy.

¹⁴ A.P. Lubowiecki-Vikuk, *Turystyka...*; A.P. Lubowiecki-Vikuk, S. Bosiacki, *Możliwości rozwoju turystyki medycznej w Poznaniu w ujęciu podażowo-popytowym*, „Turystyka i Rekreacja” 2012, nr 8, s. 41–53.

¹⁵ E. Borek, *Turystyka medyczna w Europie i w Polsce – stan obecny, bariery rozwoju, perspektywy i rekomendacje dotyczące rozwoju przyjazdowej turystyki medycznej w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2013, nr 4 (11), s. 333 i n.

¹⁶ A. Bialk-Wolf, *Potencjał rozwojowy turystyki medycznej [w:] Potencjał turystyczny – zagadnienia ekonomiczne*, red. A. Panasiuk, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2010, nr 53, s. 655.

Przepisy prawne w różnym zakresie (ogólnym lub szczegółowym) regulują relacje zachodzące pomiędzy:

- wytwórcami usług (medycznych i turystycznych) a ich konsumentami, będące konsekwencją zawarcia umowy o usługi turystyki medycznej albo popełnienia związanego z nią czynu niedozwolonego, przestępstwa lub wykroczenia;
- konsumentami usług (medycznych i turystycznych) a pośrednikami lub organizatorami wyjazdów zaliczanych do turystyki medycznej;
- konsumentami (turystami medycznymi) a jednostkami finansującymi, w ramach ubezpieczenia społecznego lub indywidualnego, świadczenia medyczne udzielane turystom zagranicą;
- administracją (rządową, samorządową) a wytwórcami i konsumentami usług (turystycznych, medycznych), związane z podejmowaniem i prowadzeniem działalności w branży turystyki medycznej, gromadzeniem i przekazywaniem informacji na temat wytwórców usług medycznych.

Objęcie wyżej wskazanych relacji normami prawnymi powoduje ich przekształcenie w stosunki prawne¹⁷. Specyfika tych stosunków – polegająca na tym, że są one objęte przepisami zarówno państwa, z którego pochodzi turysta, jak i państwa, w którym znajdują się podmioty świadczące usługi medyczne i turystyczne – powoduje, że kluczowe znaczenie ma kwestia ustalenia właściwości prawa i jurysdykcji.

4.2. Akty prawne regulujące kwestie właściwości prawa i jurysdykcji

Kwestie właściwości prawa – czyli ustalenia, jakie prawo ma zastosowanie do stosunków prawnych między stronami mającymi miejsca zamieszkania lub siedziby w różnych państwach – są regulowane:

- 1) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 593/2008 z dnia 17 czerwca 2008 r. dotyczącym prawa właściwego dla zobowiązań umownych („Rzym I”)¹⁸;
- 2) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 864/2007 z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczącym prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych („Rzym II”)¹⁹.

¹⁷ Terminem „stosunek prawny” określa się taki stosunek społeczny, w którym postępowanie stron jest regulowane przez normę prawną.

¹⁸ Dz.Urz. UE, L 177/6 z 4 lipca 2008 r.).

¹⁹ Dz.Urz. UE, L 199/40 z 31 lipca 2017 r.).

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 593/2008 z dnia 17 czerwca 2008 r. w sprawie prawa właściwego dla zobowiązań umownych (tzw. Rzym I) zastąpiło konwencję z 19 czerwca 1980 r. o prawie właściwym dla zobowiązań umownych (tzw. konwencję rzymską)²⁰. Obecnie jest ono podstawowym aktem prawnym, na podstawie którego dokonuje się ustalenia prawa właściwego dla umów zawartych między podmiotami mającymi miejsca zamieszkania lub siedziby w różnych państwach. Rozporządzenie wprowadza zasadę swobody wyboru przez strony umowy prawa właściwego. Zgodnie z jego art. 3 strony mogą dokonać wyboru prawa właściwego dla całej umowy lub jej części zarówno w sposób wyraźny, jak i dorozumiany. Dopuszcza się również (art. 3 ust. 2) następczy wybór prawa (poddanie innemu prawu już po jej zawarciu) pod warunkiem, że zmiana nie będzie skutkować nieważnością umowy ze względu na jej formę oraz naruszeniem praw osób trzecich²¹. Jeżeli strony nie dokonały wyboru prawa właściwego, to zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt. d „umowa o świadczenie usług podlega prawu państwa, w którym usługodawca ma miejsce zwykłego pobytu”.

Omawiane rozporządzenie wprowadza ograniczenia swobody wyboru prawa w przypadku umów konsumenckich. Polega ono na tym, że taki wybór nie może pozbawiać konsumentów ochrony przyznanej im na podstawie przepisów, których nie można wyłączyć w drodze umowy, na mocy prawa jakie byłoby właściwe w braku wyboru. Jednakże ograniczenie to nie ma zastosowania w odniesieniu do umów:

- o świadczenie usług, które mają być świadczone wyłącznie w innym państwie niż to, w którym konsument ma miejsce zwykłego pobytu,
- umów o imprezy turystyczne objęte dyrektywą 90/314.

Z powyższego wynika, że w UE obowiązuje zasada, zgodnie z którą strony umowy o świadczenie usług turystyki medycznej mogą dokonać wyboru prawa. Swoboda ta nie podlega ograniczeniu również w przypadku, gdy stroną takiej umowy jest konsument.

Drugim aktem prawnym regulującym kwestie zobowiązań pozaumownych (np. odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną turyście medycznemu czynem niedozwolonym) jest przytoczone wyżej Rozporządzenie (WE) nr 864/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczące prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych. Zgodnie z jego art. 4 prawem właściwym dla zobowiązań pozaumownych wynikających z czynu niedozwolonego jest: 1) prawo kraju, w którym powstała szkoda; lub 2) prawo kraju, w którym obie strony głównie zamieszkiwały lub prowadziły

²⁰ Konwencja o prawie właściwym dla zobowiązań umownych, otwarta do podpisu w Rzymie 19 czerwca 1980 r. (Dz.Urz. UE, C 169/10).

²¹ D. Wolski, *Dochodzenie roszczeń wynikających z umów o świadczenie usług turystycznych w aspekcie międzynarodowym*, „Państwo i Społeczeństwo” 2011, nr 1 (11), s. 42 i n. Por też: P. Cybula, *Kolizyjnoprawne problemy ochrony klienta w ustawie o usługach turystycznych w świetle konwencji rzymskiej o prawie właściwym dla zobowiązań umownych*, „Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego” 2009, vol. VII, z. 2.

działalność gospodarczą w momencie wystąpienia szkody; lub 3) jeżeli sprawa pozostaje w znacznie ściślejszym związku z prawem innego kraju, prawo tego kraju.

Rozporządzenie pozwala również stronom (por. art. 14), pod pewnymi warunkami, na wybór, za obopólną zgodą, prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych.

Z powyższego wynika, że w przypadku czynów niedozwolonych, mających związek z wyjazdami w ramach turystyki medycznej, najczęściej prawem właściwym będzie prawo państwa, w którym czyn ten został dokonany.

Kolejnym ważnym zagadnieniem jest kwestia jurysdykcji – ustalenia, czy sprawy z zakresu turystyki medycznej są rozstrzygane przez sąd w państwie, w którym turysta medyczny zamieszkuje, czy też w państwie, w którym świadczone są mu usługi.

Kwestie właściwości sądów reguluje obowiązująca od 2010 r. konwencja przyjęta 15 września 2007 r. o jurysdykcji i wykonywaniu orzeczeń sądowych („Lugano II”)²². W UE natomiast kwestie właściwości sądów reguluje rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 1215/2012 z 12 grudnia 2012 r. w sprawie jurysdykcji i uznawania orzeczeń sądowych oraz ich wykonywania w sprawach cywilnych i handlowych²³. Postanowienia rozporządzenia nie wykazują istotnych różnic w stosunku do konwencji z Lugano. Dochodzenie roszczeń z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy o usługi medyczne i turystyczne oraz czynów niedozwolonych jest objęte ich zakresem.

Wskazane wyżej rozporządzenie nr 1215/2012 wprowadza zasadę generalną (por. art. 4), zgodnie z którą osoby, których miejscem zamieszkania jest terytorium państwa członkowskiego, mogą być pozywane, niezależnie od ich obywatelstwa, przed sądy tego państwa. Natomiast do osób, które nie są obywatelami państwa członkowskiego, jest ono ich miejscem zamieszkania, stosuje się przepisy o jurysdykcji właściwe dla obywateli tego państwa. Z powyższego wynika, że o właściwości sądu decyduje miejsce zamieszkania lub siedziba pozwanego.

Przepis art. 5 rozporządzenia reguluje sytuację, w których brak wystarczającego związku między sprawą a państwem, w którym ma siedzibę sąd mający ją rozpoznać. Wprowadza zasadę, że osoby, których miejscem zamieszkania jest terytorium państwa członkowskiego, mogą być pozywane przez sądy innego państwa członkowskiego jedynie w zgodzie z przepisami tego rozporządzenia. Wobec tych osób nie są stosowane normy dotyczące jurysdykcji zawarte w przepisach krajowych.

W przypadku turystyki medycznej podmiotami korzystającymi z usług są osoby fizyczne. W rezultacie ta kategoria roszczeń nie będzie objęta zasadą generalną, ale zasadami wprowadzonymi przez przepisy o jurysdykcji szczególnej i jurysdykcji dotyczącej umów z udziałem konsumentów.

²² Konwencja o jurysdykcji i uznawaniu oraz wykonywaniu orzeczeń sądowych („Lugano II”, Dz.Urz. UE, L 339, s. 3–41). Por. też D. Wolski, *Jurysdykcja właściwa dla umów oraz deliktów i quasi deliktów w świetle rozporządzenia 44/2001 (Bruksela I) – wybrane zagadnienia*, „Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego Europejskiego i Porównawczego” 2011, vol. IX, s. 93.

²³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 1215/2012 z 12 grudnia 2012 r. w sprawie jurysdykcji i uznawania orzeczeń sądowych oraz ich wykonywania w sprawach cywilnych i handlowych (Dz.Urz. UE, L 351/1 z 20 grudnia 2012 r.).

Jurysdykcja szczególna została uregulowana w sekcji 2 omawianego rozporządzenia. Zawarte w niej przepisy wprowadzają zasadę, zgodnie z którą osoba, której miejscem zamieszkania jest terytorium państwa członkowskiego, może w sprawach dotyczących umowy być pozwana przed sąd miejsca, w którym zobowiązanie było lub miało być wykonane (art. 7), natomiast w sprawach dotyczących czynów niedozwolonych – przed sąd miejsca, w którym czyn ten nastąpił. W przypadku świadczenia usług miejscem wykonania umowy (jeśli nie uzgodniono inaczej) jest miejsce w państwie członkowskim, w którym zgodnie z umową usługi były świadczone lub miały być świadczone.

Umowa o świadczenie usług turystyki medycznej należy do umów konsumenckich. Kwestie jurysdykcji w sprawach konsumenckich zostały regulowane w sekcji 4 rozporządzenia. Znajdujące się w niej przepisy wprowadzają zasadę, zgodnie z którą konsument może wytoczyć powództwo wedle swego wyboru albo przed sąd państwa członkowskiego, na terytorium którego kontrahent konsumenta ma siedzibę, albo przed sąd miejsca zamieszkania konsumenta. Jednakże art. 17 ust. 3 wyłącza zastosowanie przepisów sekcji 4 do umów przewozu, ale wskazuje równocześnie, że mają one zastosowanie do umowy o podróż.

Omawiając problematykę jurysdykcji sądowej w sprawach z zakresu turystyki medycznej, należy również wspomnieć o możliwości dokonania przez strony wyboru sądu. Możliwość taką przewidują przepisy sekcji 7. Artykuł 25 omawianego rozporządzenia wprowadza możliwość umówienia się przez strony co do właściwości sądu (jurysdykcja wyłączna).

Reasumując, z przedstawionej z konieczności w sposób skrótowy i bardzo uproszczony problematyki „właściwości prawa i właściwości sądu” wynika, że pomimo harmonizacji regulacji prawnych dotyczących tego obszaru – ustalenie, na podstawie którego prawa oraz przez który sąd będą rozstrzygane sprawy z zakresu turystyki medycznej, jest zadaniem dość skomplikowanym. Należy jednak stwierdzić, że w przypadku rozstrzygania sporu, który powstał na tle realizacji umów związanych z turystyką medyczną przez sąd państwa strony pozwanej (np. wytwórcy usługi) na podstawie przepisów tego państwa, sytuacja powoda jest znacznie trudniejsza niż w przypadku, gdy sądem i prawem właściwym są sąd i prawo miejsca jego zamieszkania (znajomość prawa, zastępstwo, postępowanie dowodowe).

Fakt, że między regulacjami dotyczącymi turystyki medycznej występują istotne różnice, uzasadnia wyciągnięcie wniosku, iż ocena znaczenia przepisów prawnych dla rozwoju turystyki medycznej może być prowadzona na podstawie przepisów konkretnego państwa.

4.3. Regulacje UE dotyczące finansowania usług turystyki medycznej

Unia Europejska nie wydała odrębnego aktu prawnego regulującego kwestie związane z funkcjonowaniem turystyki medycznej. Brak takich regulacji powoduje, że na szczeblu UE będą miały zastosowanie regulacje horyzontalne dotyczące podejmowania i prowadzenia działalności gospodarczej i ochrony konsumentów oraz przepisy sektorowe – w szczególności dotyczące ubezpieczenia społecznego, świadczeń opieki zdrowotnej oraz imprez turystycznych.

Do regulacji UE mających szczególnie istotne znaczenie dla turystyki medycznej należy zaliczyć Dyrektywę 2011/24/UE w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej²⁴, zwaną „Dyrektywą Pacjenci bez granic” (weszła w życie w krajach członkowskich 25 października 2013 r.). Dyrektywa ta zapewnia osobom ubezpieczonym w państwach członkowskich UE możliwość swobodnego korzystania z opieki medycznej za granicą oraz potwierdza ich prawo do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim. Jej celem jest:

- ustanowienie zasad ułatwiających dostęp pacjentów do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej;
- zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez Trybunał Sprawiedliwości UE poprzez ustanowienie ram prawnych określających korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwach członkowskich niż państwo członkowskie ubezpieczenia, z możliwością zwrotu kosztów tych świadczeń;
- promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej.

Dyrektywa określa obowiązki zarówno krajów członkowskich, w których usługi medyczne są świadczone, jak i krajów, w których ubezpieczeni są pacjenci korzystający z tych usług. Na kraje, w których usługi medyczne są świadczone, dyrektywa nakłada następujące obowiązki:

- zapewnienia pacjentom uzyskania z krajowego punktu kontaktowego informacji umożliwiających im dokonanie świadomego wyboru podmiotu świadczącego usługi medyczne;
- zapewnienia istnienia przejrzystych procedur i mechanizmów umożliwiających pacjentom korzystającym z tych usług składanie reklamacji;
- zapewnienia istnienia systemów ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej lub podobne gwarancje podmiotów świadczących usługi medyczne;
- poszanowania prywatności w odniesieniu do przekazywania danych osobowych dotyczących pacjentów;
- zapewnienia cudzoziemcom korzystającym z usług medycznych dostępu do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej leczenia;
- zapewnienia pobierania za usługi świadczone cudzoziemcom z państw członkowskich opłat w wysokości równej opłatom dla pacjentów krajowych.

²⁴ Dyrektywa 2011.24/UE w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE, L 88 z 4 kwietnia 2011 r., s. 45–65).

Kraje członkowskie, w których pacjenci korzystający z usług medycznych w innym państwie są ubezpieczeni, mają obowiązek zapewnienia pacjentom:

- zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej;
- dostępu do informacji na temat praw pacjenta;
- dostępu do potencjalnie niezbędnej dalszej opieki medycznej;
- dostępu do ich dokumentacji medycznej.

Na wszystkie państwa członkowskie nałożono obowiązek powołania co najmniej jednego krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, konsultującego się z organizacjami pacjentów, świadczeniodawcami i podmiotami oferującymi ubezpieczenia zdrowotne. Krajowe punkty kontaktowe udzielają pacjentom informacji o świadczeniodawcach, prawach pacjentów, procedurach reklamacyjnych i procedurach rozstrzygania sporów.

W dyrektywie uregulowano zasady zwrotu kosztów transgranicznej opieki medycznej. Zgodnie z tymi zasadami:

- kraj pochodzenia pacjenta zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego korzystającego z transgranicznej opieki zdrowotnej, pod warunkiem jednak, że ta opieka mieści się w zakresie świadczeń, do których jest on uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia;
- koszty transgranicznej opieki medycznej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej; odpowiednie organy krajowe mogą także zdecydować o zwrocie kosztów podróży i noclegu;
- państwo członkowskie nie może uzależniać zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody; od tej zasady dyrektywa przewiduje wyjątki; pacjent może potrzebować uprzedniej zgody swojego kraju pochodzenia przed opuszczeniem kraju w celu odbycia leczenia, jeśli opieka medyczna wiąże się z pobytem pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc lub z użyciem wysoce specjalistycznej i kosztownej aparatury medycznej, lub jeśli stanowi to szczególne ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa; dyrektywa dopuszcza możliwość odrzucenia przez organy krajowe wniosku o udzielenie uprzedniej zgody, jeśli uznają one, że w kraju można zapewnić pacjentowi odpowiednią opiekę zdrowotną w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi; wnioski o leczenie w innym kraju UE muszą być rozpatrywane w rozsądnym terminie.

Dyrektywa nie obejmuje opieki długoterminowej, przydziału narządów przeznaczonych do przeszczepów i dostępu do tych narządów oraz szczepień.

Omawiana dyrektywa wprowadza odpowiedzialność państwa przyjmującego za zapewnienie wszystkim pacjentom równego dostępu do usług medycznych. To oznacza, że zagraniczny pacjent może być poddany takim samym rygorom (np. konieczność konsultacji z lekarzem ogólnym przed wizytą u specjalisty, uzyskania skierowania na badania lub do specjalisty itd.) jak pacjenci krajowi.

Scharakteryzowana wyżej dyrektywa – dokonująca harmonizacji regulacji dotyczących zapewnienia i ułatwienia dostępu do informacji, dokumentacji medycznej, składania reklamacji, dostępu do usług medycznych i ich ceny oraz zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej – przyczyniła się do usunięcia wielu barier prawnych hamujących rozwój turystyki medycznej w państwach członkowskich UE. Ich faktyczne występowanie w poszczególnych państwach członkowskich zależy od stopnia zgodności regulacji krajowych z dyrektywą.

4.4. Wdrożenie dyrektywy „Pacjenci bez granic” do prawa krajowego w Polsce

Istotne znaczenie dla rozwoju turystyki medycznej w Polsce – zarówno wyjazdowej, jak i przyjazdowej – mają przepisy implementujące do prawa polskiego dyrektywę 2011/24/UE w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Dokonano tego ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²⁵ i wydanymi na jej podstawie rozporządzeniami Ministra Zdrowia z 4 listopada 2014 r. w sprawie:

- wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia²⁶;
- wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu²⁷.

W przypadku turystyki medycznej wyjazdowej istotne znaczenie mają przepisy regulujące zasady refundacji świadczeń medycznych udzielonych za granicą (w państwach członkowskich UE). Wprowadzają one zasadę, że Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju. Możliwość uzyskania refundacji dotyczy jedynie takich świadczeń, które w Polsce należą do gwarantowanych²⁸. Warunkiem otrzymania zwrotu tych kosztów jest uzyskanie przez

²⁵ Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2014 r., poz. 1491).

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2014 r., poz. 1545).

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4 listopada 2014 r. sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz.U. z 2014 r., poz. 1551).

²⁸ Uprawnienie do zwrotu nie obejmuje: obowiązkowych szczepień ochronnych, opieki długoterminowej, której celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego; przydziału i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów.

świadczeniobiorcę, przed skorzystaniem ze świadczenia za granicą, odpowiedniego skierowania lub zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego. Skierowanie lub zlecenie może być wystawione przez lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim. Brak takiego skierowania lub zlecenia wyklucza możliwość uzyskania refundacji.

W Polsce skorzystano z możliwości uzależnienia refinansowania niektórych świadczeń (ich wykaz znajduje się w rozporządzeniu ministra) od uprzedniego uzyskania zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej. W omawianych przepisach szczegółowo uregulowano tryb uzyskiwania takiej zgody.

Zwrot nie obejmuje całej kwoty wydatkowanej przez pacjenta za granicą, lecz następuje jedynie do wysokości ceny, jaką za dane świadczenie medyczne płaci NFZ. Zwrotu kosztów dokonuje się w walucie polskiej i nie może on przekraczać kwoty wydatków rzeczywiście poniesionych przez świadczeniobiorcę z tytułu uzyskania danego świadczenia.

Wniosek o zwrot kosztów (ustawa określa jego treść) należy złożyć do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy w Polsce. Do wniosku dołącza się wymienione w ustawie dokumenty potwierdzające fakt poniesienia wydatków i ich wysokość (rachunek) oraz spełnienia warunków, od których uzależnia się ich zwrot (skierowanie, zlecenie na transport sanitarny, recepty, zlecenia na wyroby medyczne). Ustawa określa termin rozpatrzenia wniosku oraz okoliczności uzasadniające wydanie decyzji o odmowie zwrotu kosztów.

Z punktu widzenia przyjazdowej turystyki medycznej do Polski istotne znaczenie mają przepisy dotyczące utworzenia w Polsce Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, zwanego dalej „KPK”, którego zadaniem jest udzielanie cudzoziemcom informacji niezbędnych do podjęcia decyzji dotyczącej skorzystania z usług medycznych w Polsce. Punkt taki działa w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom z innych państw członkowskich Unii Europejskiej, na ich wniosek, niezbędnych informacji dotyczących:

- 1) praw pacjenta określonych w przepisach prawa;
- 2) świadczeniodawców, w odniesieniu do rodzajów wykonywanej działalności leczniczej;
- 3) osób wykonujących zawody medyczne, w zakresie posiadania prawa do wykonywania zawodu oraz nałożonych ograniczeń w wykonywaniu tego prawa na podstawie dostępnych rejestrów publicznych;
- 4) obowiązujących na podstawie przepisów prawa standardów jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz obowiązujących przepisów w zakresie oceny świadczeniodawców pod względem stosowania tych standardów i nadzoru nad świadczeniodawcami;
- 5) posiadanych przez dany szpital udogodnień dla osób niepełnosprawnych;
- 6) zasad dochodzenia roszczeń z tytułu wyrządzenia szkody lub krzywdy w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność

ność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz zasad i trybu ustalania odszkodowania lub zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁹.

KPK współpracuje z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działającymi w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, w szczególności w zakresie wymiany informacji.

KPK kieruje do krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działających w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, zapytania dotyczące zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, apteki i dostawców wyrobów medycznych działających na terytorium tych państw. Na wniosek zainteresowanych podmiotów podaje adresy stron internetowych stowarzyszeń i fundacji działających na rzecz promocji polskiego sektora usług medycznych.

Działalność informacyjna KPK ma istotne znaczenie również dla turystyki medycznej wyjazdowej. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają świadczeniobiorcom oraz osobom wykonującym zawody medyczne informacji dotyczących:

- 1) możliwości uzyskania zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej określonego świadczenia opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) trybu rozpatrywania i realizacji wniosków o zwrot kosztów;
- 4) trybu rozpatrywania wniosków o wydanie zgody.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą przekazują Krajowemu Punktowi Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym we wniosku pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cen tych świadczeń.

Z przedstawionej charakterystyki wynika, że wdrożenie w Polsce dyrektywy o „Pacjentach bez granic” stworzyło korzystne warunki rozwoju turystyki medycznej – zarówno przyjazdowej, jak i wyjazdowej. Jednakże jest wiele kwestii mających znaczenie dla turystyki, które nie zostały objęte dyrektywą.

²⁹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 ze zm.).

5. Podsumowanie

Dynamicznie rozwijająca się turystyka medyczna, której istotą są wyjazdy poza obszar objęty systemem regulacji z zakresu ochrony zdrowia i turystyki obowiązujący w miejscu stałego popytu turystów, w celu skorzystania z usług medycznych, połączone z korzystaniem z usług turystycznych, jest zjawiskiem z pogranicza turystyki i medycyny. Jej dynamiczny rozwój spowodował pojawienie się na rynku nowych typów usług, przedsiębiorców, zawodów i obiektów, tworząc tym samym przesłanki do wyodrębnienia się nowej branży turystycznej – branży turystyki medycznej. Wpływ na jej funkcjonowanie i rozwój mają regulacje prawne. Wprowadzone nimi zasady stymulują lub hamują rozwój tej branży. W związku z tym pojawia się potrzeba identyfikacji specyficznych problemów, jakie kreuje turystyka medyczna, ustalenia aktów prawnych, na podstawie których są rozwiązywane, oraz oceny ich znaczenia dla tej nowej branży.

Przegląd literatury przedmiotu wykazał, iż dostrzega się, że brak lub niedostosowanie regulacji prawnych do potrzeb turystyki medycznej staje się barierą w jej rozwoju. W związku z tym wysuwane są postulaty „budowania otoczenia prawnego sprzyjającego rozwojowi turystyki medycznej”. W literaturze polskiej brak opracowań w sposób kompleksowy przedstawiających prawne aspekty turystyki zdrowotnej.

Istotne znaczenie dla turystyki medycznej mają przypisy regulujące tworzenie i działanie głównych grup interesariuszy, do których oprócz turystów medycznych zalicza się wytwórców usług (medycznych i turystycznych) oraz inne podmioty powiązane z tą formą turystyki, a w szczególności akty prawne obejmujące swym zakresem zachodzące między nimi relacje.

Fakt, że cechą turystyki medycznej są wyjazdy do innego kraju w celu skorzystania z usług medycznych, powoduje, że kluczową kwestią staje się ustalenie, jaki sąd i na podstawie jakich przepisów będzie rozstrzygał kwestie sporne związane z turystyką medyczną. Pomimo harmonizacji regulacji prawnych dotyczących tego obszaru – dokonanie takiego ustalenia jest zadaniem dość skomplikowanym.

Istotne znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju turystyki medycznej mają akty prawne dotyczące finansowania usług medycznych. W UE kwestia ta została uregulowana dyrektywą „Pacjenci bez granic”. Dokonała ona harmonizacji zasad dotyczących zapewnienia i ułatwienia dostępu do informacji, dokumentacji medycznej, składania reklamacji, dostępu do usług medycznych i ich ceny oraz zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Tym samym przyczyniła się do usunięcia wielu barier prawnych hamujących rozwój turystyki medycznej w państwach członkowskich UE. Jej wdrożenie w Polsce stworzyło korzystne warunki do rozwoju turystyki medycznej.